



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# TOIMINTAA JA KYKYJÄ – SIIS TOIMINTAKYKYÄ!

Opas mielenterveyskuntoutujan toimintakyvyn tukemiseen fyysisen  
aktiivisuuden avulla

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Fysioterapian ko.  
Opinnäytetyö  
Kevät 2015  
Heidi Lehikoinen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian koulutusohjelma

LEHIKOINEN, HEIDI

TOIMINTAA JA KYKYJÄ – SIIS  
TOIMINTAKYKYÄ

Opas mielenterveyskuntoutujan  
toimintakyvyn tukemiseen fyysisen  
aktiivisuuden avulla

Fysioterapian opinnäytetyö, 33 sivua

Kevät 2015

TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas mielenterveyskuntoutujan toimintakyvyn tukemisesta fyysisen aktiivisuuden avulla Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnalle.

Opinnäytetyö koostuu kirjallisesta raportista sekä oppaasta. Oppaan tilaaja on Päijät-Hämeen Sosiaalipsykiatrisen säätiön Terveys- ja liikuntapalvelut osasto. Opas on tehty yhdessä tilaajan kanssa hänen toiveidensa ja Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnan tarpeiden mukaan.

Oppaassa kerrotaan psyykkisestä sairaudesta kärsivän kuntoutujan ohjaamisesta liikuntaryhmässä, ryhmien suunnittelusta, tavoitteiden asettamisesta ja soveltamisesta. Oppaasta on kirjoitettu tiivis ja selkeä, jotta sitä on helppo hyödyntää käytännössä. Oppaan asiasisältöä on avattu enemmän kirjallisessa raportissa.

Kirjallisen raportin lopussa on kuvattu oppaan tuotteistamisprosessi sekä tekijän oma pohdinta prosessista.

Opinnäytetyö oppaineen julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisuarkistossa Theseus-tietokannassa.

Asiasanat: mielenterveys, toimintakyky, liikunta, opas

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in physiotherapy

LEHIKOINEN, HEIDI

ACTIVITY AND SKILLS –  
INCREASING THE ABILITY TO  
FUNCTION

A guide to increasing the ability to  
function with physical activity in the  
rehabilitation of mental disorders

Bachelor's Thesis in physiotherapy 33 pages

Spring 2015

ABSTRACT

---

The aim of this thesis was to produce a guide about increasing the ability to function in clients with mental disorders with physical activities. The guide is produced for the staff of Kannuskatu service center.

The thesis consists of the written report and the guide. The guide is made considering the wishes and needs of the client, Päijät-Häme's socialpsychiatric instiution, and in collaboration with the staff of Kannuskatu service center.

The guide teaches about quiding clients with mental disorder in an exercise groups, planning the groupactivities, setting goals for activity and about adapting the activities. The guide is written to be clear and compact, so it can be easily used in practice. The theoretical part is opened more deeply in the written report.

The productization and personal reflection of the author is described in the end of the written report.

The thesis is published including the guide in publications archive of the University of Applied Sciences, Theseus-database.

Key words: mental health, ability to function, physical activity, a guide

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	5
3	KANNUSKADUN PALVELUKESKUS TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	6
3.1	Kannuskadun palvelukeskuksen asukkaat	6
4	MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT	7
4.1	Skitsofrenia	7
4.2	Psykoottiset häiriöt	8
4.3	Masennushäiriö	9
4.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9
4.5	Alkoholiin liittyvät häiriöt	10
4.6	Dementia	11
5	TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN	12
5.1	Kuntoutussuunnitelma Kannuskadun palvelukeskuksessa	13
5.2	Psykofyysinen fysioterapia ja fysioterapeutin rooli	14
6	MIELENTERVEYS JA FYYSINEN AKTIIVISUUS	16
6.1	Liikunnan suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen	16
6.2	Terveysliikunta ja kestävyyskunnon kehittäminen	18
6.3	Lihaskuntoharjoittelu	19
6.4	Liikkuvuusharjoittelu ja venyttely	20
6.5	Tasapainoharjoittelu	21
6.6	Rentoutus	22
7	TUOTTEISTAMISPROSESSI	23
7.1	Ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen	23
7.2	Ideointivaihe	24
7.3	Luonnosteluvaihe	25
7.4	Kehittelyvaihe	26
7.5	Viimeistelyvaihe	26
8	POHDINTA	28
	LÄHTEET	30

# 1 JOHDANTO

Helmikuussa 2014 Kannuskadun palvelukeskuksessa käynnistyi asukkaiden ja henkilökunnan yhteinen aktivointiprojekti Päijät-Hämeen Sosiaalipsykiatrisen säätiön järjestämänä. Projektissa toimii Terveys- ja liikuntapalvelut-tiimin kaksi fysioterapeuttia, terveydenhoitaja ja liikunnanohjaajat, sekä Lahden ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijoita. Rahoitus projektiin tulee sosiaalipsykiatriselta säätiöltä ja materiaaleihin palvelukeskukselta.

Hankkeen tavoitteena on palvelukeskuksen asukkaiden ja henkilökunnan aktivointi, jotta päivittäinen toiminta palvelukeskuksessa lisääntyisi. Erilaisten harrastusmahdollisuuksien ja sosiaalisten tilanteiden lisäämisellä pyritään tekemään palvelukeskuksen arjesta mielekkäämpää asukkaiden toimintakyvyn tukemiseksi. Tärkeää on asukkaiden itsetunnon lisääminen ja osallisuuden vahvistaminen kannustamalla aloitteellisuuteen. Liikunnan ja toiminnan lisäämisellä pyritään tukemaan asukkaiden toimintakykyä ja antamaan asukkaille erilaisia voimaannuttavia kokemuksia.

Projektin aikana mukana olevat ulkoiset toimijat ohjaavat henkilökunnan tukena asukkaille erilaisia ryhmiä ottaen huomioon asukkaiden toimintakyvyn, toiveet ja tavoitteet. Ryhmiä ovat olleet esimerkiksi muistiryhmä, peliryhmä ja lihaskuntoryhmä. Tarkoituksena on, että projektin päättymisen jälkeen henkilökunta jatkaisi ryhmien ohjausta.

Opinnäytetyön tarkoitus on tukea Kannuskadun palvelukeskuksen projektia. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään mielenterveyttä, toimintakyvyn tukemista ja fyysisen aktiivisuuden hyötyjä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa opas Kannuskadun henkilökunnan työkaluksi projektin itsenäiseen jatkamiseen ja ryhmien ohjaamiseen. Oppaassa käsitellään ryhmien suunnittelua, tavoitteiden asettamista ja seuranta sekä ryhmien soveltamista asukkaiden toimintakyvyn mukaan.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa opas mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn tukemisesta Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnalle. Opas tuotetaan hyötykäyttöön palvelukeskuksen henkilökunnalle joka koostuu lähihoitajista, sosionomeista, sairaanhoitajista ja muista sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Oppaassa käydään läpi ryhmänohjauksen perusteita, kuten toiminnan suunnittelua, tavoitteen asettamista sekä toimintojen soveltamista asukkaiden toimintakyvyn mukaisesti. Oppaassa perehdytään myös eri liikuntamuotoihin ja niiden ohjaamiseen.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan mielenterveyttä, fysioterapeuttisia keinoja ja fyysisen aktiivisuuden merkitystä psyykkisen sairauden hoidossa ja kuntoutujan toimintakyvyn tukemisessa. Opinnäytetyön tarkoitus on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Miten fyysinen aktiivisuus vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn
- Mitä asioita on otettava huomioon liikuntaryhmän suunnittelussa psyykkisistä sairauksista kärsiville
- Millaisia tavoitteita mielenterveyskuntoutujalle suunnitellussa liikunnassa tulee olla
- Miten liikuntaa voidaan soveltaa eritasoisille kuntoutujille
- Miten mielenterveyskuntoutujaa voi motivoida mukaan liikuntaan

Opinnäytetyön tilaaja on Päijät-Hämeen Sosiaalipsykiatrisen säätiön Terveys- ja liikuntapalvelut osasto. Yhteyshenkilönä toimii fysioterapeutti Tarja Mustonen, jonka kanssa opinnäytetyöajatusta on ideoitu Kannuskadun palvelukeskuksessa toimineen aktivointiprojektin yhteydessä helmikuussa 2014. Opasta suunniteltaessa on tehty yhteistyötä sekä Terveys- ja liikuntapalvelut osaston ammattihenkilöstön kanssa että Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnan ja asukkaiden kanssa.

### 3 KANNUSKADUN PALVELUKESKUS TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Kannuskadun palvelukeskus on Päijät-Hämeen Sosiaalipsykiatrisen säätiön järjestämä tehostetun palveluasumisen keskus Lahden Metsäkankaalla.

Tehostettua palveluasumista tarvitsevat henkilöt, joilla toimintakyky on vaikeasti rajoittunutta ja he tarvitsevat henkilökunnan ympärivuorokautista tukea ja hoivaa. Kannuskadulla on tällä hetkellä 41 asumispaikkaa ja yksi tilapäisasunto.

Asukkaiden keski-ikä on 59 vuotta. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, sosionomeja, kodinhoidon ohjaaja sekä palvelukeskuksen johtaja.

Asukkaat asuvat vuokralla omissa yksioissaan ja maksavat vuokran asumistuen ja eläkkeen avulla. Asukkaille kuuluu Lahden kaupungin järjestämät lääkäripalvelut.

#### 3.1 Kannuskadun palvelukeskuksen asukkaat

Asukkaiden yleisimpiä diagnooseja ovat skitsofrenia, alkoholidementia (Wernicke-Korsakovin oireyhtymä), kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erilaiset psykoottiset häiriöt. Tehostetun palveluasumisen kriteerien mukaisesti asukkaat selviytyvät pääosin itsenäisesti päivittäisistä toimista, vaikka tarvitsevatkin ympärivuorokautista tukea. Vuodepotilaita ei pääsääntöisesti ole, vaikka psyykkisten sairauksien takia asukkaiden toimintakyky vaihtelee itsenäisesti selviytyvästä täysin autettavaan.

Toimintakyvyn tukemisen tarve vaihtelee jokaisen asukkaan kohdalla, mutta yhdistävä tekijä on psyykkisiin sairauksiin liittyvä depressiivisyys, aloitekyvyttömyys ja yleinen kiinnostuksen puute. Näin ollen, vaikka asukkaille on tarjolla esimerkiksi seurapelejä ja kuntoiluvälineitä, on päivittäinen toiminta ja sosiaalinen kanssakäyminen vähäistä.

## 4 MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT

Maailman Terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Mielenterveys taas määritellään hyvinvoinnin tilana, johon kuuluu yksilön kyky sopeutua stressiin ja arjen haasteisiin sekä kyky tuottavaan ja hyödylliseen työskentelyyn. Yksilö ymmärtää omat kykynsä ja pystyy panoksellaan olemaan osa yhteiskuntaa. (Lönnqvist ym. 2007, 26)

Mielenterveys on jatkuvasti muuttuva, psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, joka ohjaa ihmisen elämää. Mielenterveyttä tarkasteltaessa tulee olla käsitys siitä, millainen on optimaalinen mielenterveys ja mikä on siihen nähden normaalia tai poikkeavaa. Henkilön mielenterveyttä tutkiessa tarkastellaan hänen sosiaalista sopeutumistaan, kykyä huolehtia itsestään ja mielenterveyden häiriintymisestä kertovien oireiden ilmenemistä. Normaalin ja häiriintyneen mielenterveyden raja on kuitenkin häilyvä, eikä yhteiskunnallisesti poikkeava käytös esimerkiksi uskonnollisesta, seksuaalisesta tai poliittisesta syystä johtuen aina merkitse mielenterveyden häiriintymistä. Mielenterveyden häiriöstä puhutaan, kun oireesta voidaan osoittaa henkilön toimintakyvyn häiriintyneen. (Lönnqvist ym. 2007, 26-27)

Tarkasteltaessa yksilön mielenterveyttä tulee kiinnittää huomiota hänen kykyynsä tehdä työtä, sosiaaliseen osallistumiseen ja ihmissuhteisiin. Hyvään mielenterveyteen kuuluu kyky toisista välittämiseen, rakkauteen ja omien tunteiden ilmaisuun sekä halu vuorovaikutukseen. Olennaista on myös yksilön todellisuudentaju, eli kyky erottaa oma ajatusmaailma ja ulkoinen todellisuus. Hyvään mielenterveyteen kuuluu myös kyky sopeutua elämän tuomiin vaikeuksiin, kuten erilaisiin muutoksiin ja menetyksiin, sekä hallita ahdistusta ja stressiä. (Lönnqvist ym. 2007, 28-29)

### 4.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on pitkäkestoinen aivojen tiedonohjauksen häiriö joka aiheuttaa yksilön mielen toimintojen pirstoutumista ja näin ollen toiminta- ja työkyvyn merkittävää laskua. Skitsofrenian oireet jaoitellaan yleisimmin positiivisiin ja



negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat oireita, jotka aiheuttavat yleensä psyykkisten toimintojen häiriintymisen. Aistiharhat, harhaluulot, käytöshäiriöt ja puheen hajanaisuus ovat positiivisia oireita. Negatiivisiin oireisiin kuuluvat depressiiviset oireet, tunteiden latistuminen, tahdottomuus ja puheen köyhtyminen. Oireet voivat vaihdella, mutta yleistä on, että skitsofrenia heikentää yksilön kykyä ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan sekä ylläpitää ja luoda ihmissuhteita. Yksilön todellisuudentaju alentuu ja hänen elämysmaailmaansa voivat vaikuttaa vieraat voimat, kuten ulkoiset uhat ja mielensisäiset äänet. (Lönqvist ym. 2007, 73-75, 77-78)

Skitsofrenia jaetaan neljään alatyyppiin; paranoidiseen skitsofreniaan, hebefreeniseen skitsofreniaan, katatoniseen skitsofreniaan ja erilaistumattomaan skitsofreniaan. Paranoidiseen skitsofreniaan liittyy vahvasti yksi tai useampi voimakas harhaluulo, tai toistuvat kuuloharhat. Hebefreeniseen, eli hajanaiseen skitsofreniaan kuuluu korostunut puheen tai käyttäytymisen hajanaisuus. Yksilö voi käyttäytyä lapsenomaisesti ja harkitsemattomasti, olla estoton tai hyvin aktiivinen. Katatoninen skitsofrenia on harvinaisempi ja siihen kuuluu psykomotoriset häiriöt kuten katalepsia, eli lihasten jännitysjäykkyystila, motorinen kiihtymys, autismi ja oudot maneerit, ilmeet tai ruumiinasennot. Erilaistumattomassa skitsofreniassa on skitsofrenisia oireita, mutta ei ole mikään aikaisemmin mainituista alalajeista. (Lönqvist ym. 2007, 75-76)

## 4.2 Psykoottiset häiriöt

Skitsofrenian lisäksi on olemassa erilaisia psykoottisia häiriöitä, joissa on samankaltaisia oireita. Psykoottisen yksilön ajatus-, havainto- ja/tai päättelytoiminta ei toimi normaalisti, mistä johtuen hänen todellisuudentajunsa tai ulkoisen maailman tulkintakykynsä voi heikentyä eikä toimi normaalisti. Psykoottinen tila tai psykoottinen häiriö on skitsofreniaan verrattuna lyhytkestoisempi ja psykoottisesta oireyhtymästä voidaan puhua vasta kun häiriö on kestänyt tietyn diagnoosille tyypillisen ajan. (Lönqvist ym. 2007, 140)

Psykoottisia häiriöitä on erilaisia ja eri syistä johtuvia. Skitsofrenisiä oireita ilmentävä skitsofreenistyyppinen häiriö on nimensä mukaisesti skitsofreniaa

muistuttava, mutta huomattavasti lyhytkestoisempi. Psykoottisten oireiden tulee kestää vähintään kuukauden ajan, mutta alle kuusi kuukautta, jotta häiriö voidaan diagnosoida. Skitsoaffektiivinen häiriö taas voi ilmentää sekä skitsofrenisiä, että mielialahäiriön oireita, mutta ei täytä kummankaan sairauden kriteereitä.

Häiriössä tyypillistä on depressio- tai maniajakso yhdistettynä harhaluuloihin tai aistiharhoihin. Myös harhaluuloisuushäiriö saattaa kehittyä psykoottiseksi yksilön tulkitessa todellisuutta pidempään väärin. Psykoosi voi johtua myös ruumiillisesta häiriöstä, kemiallisesta aineesta tai olla reaktiivinen, eli stressitekijöihin liittyvä, lyhytkestoinen häiriö. (Lönqvist ym. 2007, 143, 152-153)

#### 4.3 Masennushäiriö

Masennushäiriöt, eli depressiot, kuuluvat mielialahäiriöihin ja tulee erottaa lyhytkestoisista ohimenevistä masennuksen tunteista. Depressioit luokitellaan oireiden laadun, vaikeusasteen ja keston perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan depression. Depressiivisen häiriön oireita ovat muun muassa masentunut mieliala ja mielihyvän menetys, uupumus, univaikeudet sekä itseluottamuksen menetys, liiallinen itsekritiikki tai syyllisyyden tunne. Depression oireisiin liittyy myös yleensä itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhoista käyttäytymistä. (Lönqvist ym. 2007, 157-160)

Depressiiviset oireet liittyvät usein psyykkisiin sairauksiin. Vaikein depression muoto on psykoottinen depressio, jossa masennustilaan liittyy harhaluuloja, aistiharhoja tai muita psykoottisia oireita. Depressio voi olla myös esimerkiksi krooninen, synnytyksen jälkeinen tai vuodenaikaan liittyvä. Depressio tulee kuitenkin erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, johon liittyy depressiojaksojen lisäksi maniajaksoja. Myös somaattisesta sairaudesta, lääkeaineista tai päihteistä johtuva masennus tulee erottaa. (Lönqvist ym. 2007, 160-163)

#### 4.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä, eli bipolaarihäiriöllä, tarkoitetaan sairautta jossa maaniset ja depressiiviset jaksot vaihtelevat. Diagnoosi voidaan tehdä, kun

yksilöllä on depressiojakson lisäksi ollut myös mania- tai hypomaniajakso. Hypomania on manian lievempi vastine, jossa yksilöllä huomataan esimerkiksi lievää mielialan nousua, toimeliaisuuden kasvua, puheliasuutta tai keskittymisvaikeuksia. Maniassa yksilöllä on samanlaisia oireita, mutta paljon voimakkaampina. Maniasta voi kehittyä myös psykoottinen, jolloin siihen liittyy harhaluulot tai aistiharhat. Maniajakson aikana yksilö voi olla rauhaton, yliaktiivinen, estoton, epänormaalin puhelias, spontaani ja hänen itsetuntonsa voi olla kohonnut poikkeuksellisesti. (Lönngqvist ym. 2007, 196-201)

Depressiivisen jakson oireet ovat saman kaltaiset kuin tavallisessa masennushäiriössä. Bipolaarihäiriössä depressio- ja maniajaksot voivat vaihdella myös päällekkäin, jolloin puhutaan sekamuotoisesta jaksosta. Tällöin yksilön oireet ja mieliala vaihtelee voimakkaasti. (Lönngqvist ym. 2007, 202-203)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä on kahta tyyppiä. Tyypin I häiriölle on tyypillistä masennus-, mania- tai sekamuotoisten jaksojen jaksottainen toistuvuus. Jaksojen välillä potilas voi olla jopa oireeton. II-tyypin bipolaarihäiriössä yksilöllä esiintyy maanisten jaksojen sijaan hypomaanisia, eli lievempiä jaksoja masennusjaksojen kanssa. Hypomaniajaksot ovat lyhyempiä kuin maniajaksot, jolloin taudinkuvaa hallitsee enemmän depressiivisyys. (Lönngqvist ym. 2007, 204-205)

#### 4.5 Alkoholiin liittyvät häiriöt

Alkoholiriippuvuus on suomalaisessa yhteiskunnassa merkittävä pitkäaikaissairaus. Sille ominaista on pakottava tarve juoda alkoholia, vieroitusoireet joiden lieventämiseksi alkoholia tarvitaan lisää ja alkoholin hankinnan pakonomainen ajattelu ja suunnittelu. Kuten muissa päihderiippuvuuksissa, alkoholi lamaannuttaa keskushermoston toimintaa ja tuottaa mielihyvää. Alkoholiriippuvuudessa vieroitusoireita ovat esimerkiksi hikoilu, vapina, verenpaineen nousu ja sydämentykytykset ja unettomuus. Vieroitusvaiheessa voi esiintyä myös depressio-oireita. (Lönngqvist ym. 2007, 442-445)

Delirium tremens:llä tarkoitetaan vaikeiden pitkään jatkuneiden vieroitusoireiden aiheuttamaa juoppohulluutta, kun alkoholia on käytetty pitkään.

Juoppohulluuden oireita on sekavuus, univaikeudet, levottomuus, pelkotilat ja aistiharhat, eli alkoholihallusinoosi. Alkoholin poistuessa elimistöstä autonomisen hermoston toiminta vilkastuu ja potilaan verenpaine voi kohota, hän voi hikoilla ja saada jopa epileptisen kohtauksen. Jos alkoholin käyttö on jatkunut pitkään yhtäjaksoisesti, yksilön aivojen tiamiinin tarve lisääntyy. Tiamiinin puutostila aiheuttaa Wernicke-Korsakovin oireyhtymän hitaan kehittymisen ja saattaa vaurioittaa muistikeskusta. Alkoholidementia kehittyy hitaammin kuin Werniken oireyhtymä, mutta aiheuttaa laaja-alaisen kognitiivisten toimintojen heikkenemisen ja muistikeskuksen vaurioitumisen. (Lönnqvist ym. 2007, 447-448)

#### 4.6 Dementia

Hitaasti kehittyvä dementia kuuluu elimellisiin aivo-oireyhtymiin. Siinä sairaus vaurioittaa aivoja ja aiheuttaa henkisten toimintojen, erityisesti muistin, heikentymistä. Muistin heikentymisen ja uuden oppimisen vaikeutumisen lisäksi muita kognitiivisen toiminnan häiriöitä voivat olla puhumisen, ymmärtämisen, hahmottamisen tai suunnittelun vaikeus. Sairauden alkuvaiheessa dementiaan voi kuulua myös passivoituminen sekä mahdollisesti vetäytyminen ja masennus. Kognitiivisten oireiden lisäksi dementiaan voi kuulua erilaisia käytösoireita, kuten vainoharhaisuutta, ahdistusta, sekavuutta tai muuta poikkeavaa käyttäytymistä. (Lönnqvist ym. 2007, 485-487, 497)

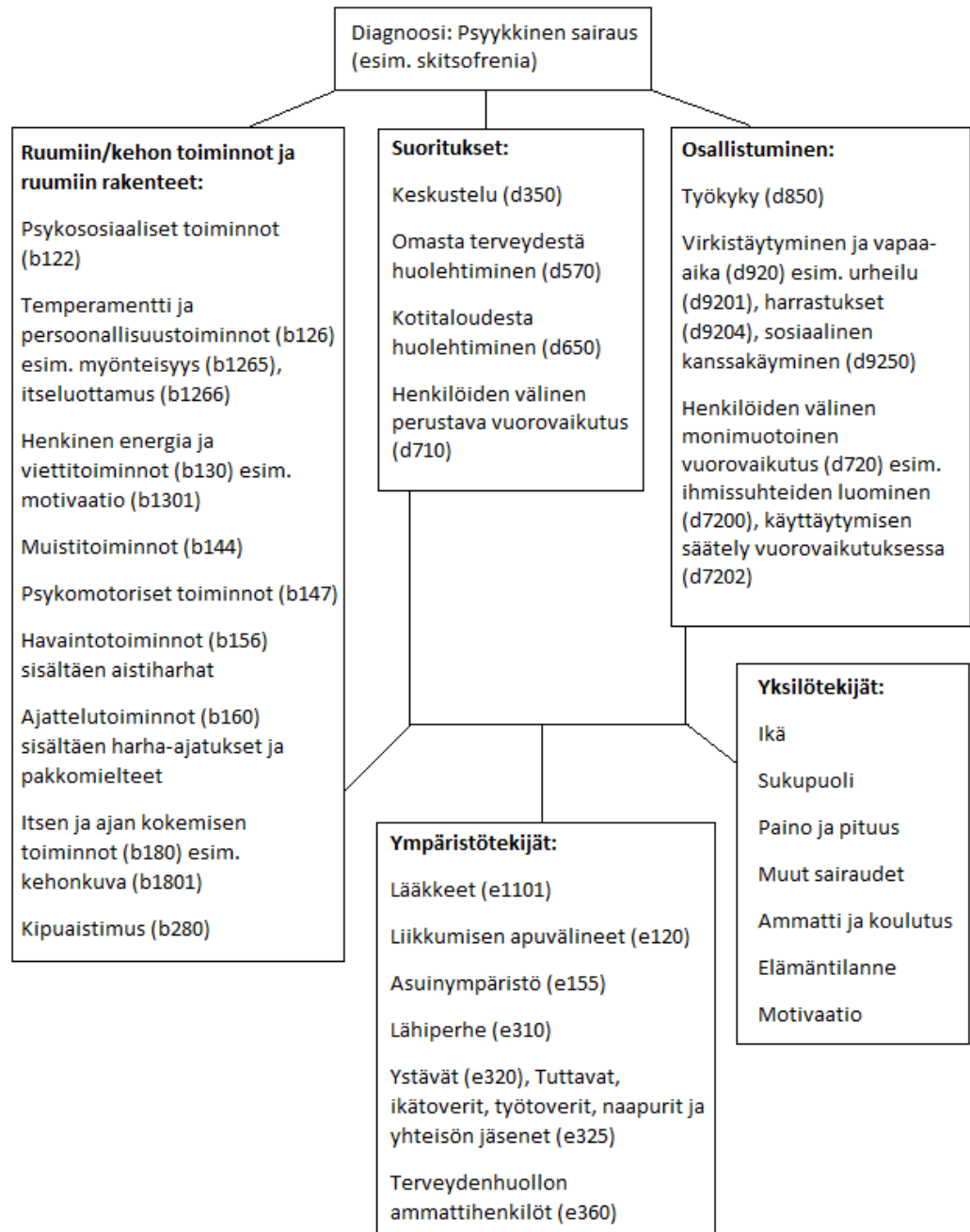
Dementia voi kehittyä myös pitkäaikaisen alkoholiriippuvuuden seurauksena. Tällöin yksilöllä on kuitenkin todennäköisesti jokin muukin dementialle altistava tekijä, kuten B-vitamiinin puutos tai humalassa saatu aivovamma. B1-vitamiinin, eli tiamiinin puutos aiheuttaa runsaan alkoholinkäytön kanssa Wernicke-Korsakovin oireyhtymän. Alkoholidementian oireita ovat aloitekyvyttömyys, estottomuus, huono lähimuisti ja toiminnan ohjauksen vaikeus. Merkittävin hoito on alkoholinkäytön lopettaminen, jolloin dementoituminen hidastuu. (Lönnqvist ym. 2007, 495-496)

## 5 TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN

Toimintakykyä voidaan kuvata Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisellä luokituksella, lyhyesti ICF:llä (International Classification of Functioning, Disability and Health). ICF:n tarkoitus on parantaa eri ammattiryhmien ja käyttäjien viestintää tarjoamalla yhteisen kielen terveydentilan ja toimintakyvyn kuvaamiseen terveydenhuollon tietojärjestelmiin sopivalla koodausmenetelmällä. (Stakes 2011, 3,7-8)

ICF:n mukaan toimintakyvyn käsitteeseen kuuluu yksilön ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Ruumiin/kehon toiminnoilla tarkoitetaan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja, mukaanlukien psykologiset toiminnot. Suoritus määritellään tehtäväksi tai toimeksi, jonka yksilö suorittaa ja osallistumisella Stakes (2011, 14) tarkoittaa osallisuutta eri elämäntilanteisiin. Toimintakykyä tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon lääketieteellisen terveydentilan ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden, eli ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutus. (Stakes 2011, 7-8, 10, 12, 14)

Seuraavassa kaaviossa on tarkasteltu Kannuskadun palvelukeskuksen asukkaita ICF-viitekehystä hyödyntäen. Tarkoitus on havainnollistaa mihin toimintakyvyn osa-alueisiin psyykkinen sairaus voi vaikuttaa.



**Kuvio 1. Kannuskadun palvelukeskuksen asukkaat ICF-viitekehyksessä.**

## 5.1 Kuntoutussuunnitelma Kannuskadun palvelukeskuksessa

Kuntoutussuunnitelmaa käytetään asukkaan kuntoutuksen suunnitteluun ja sen toteutumisen arvioinnin välineenä. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä asukkaan ja hänen kuntouttavan verkostonsa kanssa. Kuntouttavaan verkostoon voi kuulua esimerkiksi palvelukeskuksen ohjaajat, lääkäri tai terveydenhoitaja ja

perheenjäsenet. Terveysliikunta- ja fysioterapiasuunnitelma tehdään yhteistyössä fysioterapeutin ja mahdollisesti liikunnanohjaajan kanssa.

Kannuskadun palvelukeskuksessa käytetään tällä hetkellä niin sanottua nelikenttämallia kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Mallissa pohdittavia alueita ovat asiakkaan tarpeet ja tahto, sovitut tavoitteet, keinot ja sopimukset sekä kuntoutussuunnitelman arviointi. Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuukauden kuluessa asukkaan palveluasumiseen muuttamisesta ja sen toteutumista arvioidaan ja päivitetään puolivuositain tai tarvittaessa useammin. Asiakastietojärjestelmään kirjataan annetut palvelut ja päivittäinen seuranta. Tällä hetkellä Kannuskadun kuntoutussuunnitelman mallia päivitetään tarkoitustaan palvelevammaksi. (Mettälä, 2014)

## 5.2 Psykofyysinen fysioterapia ja fysioterapeutin rooli

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys, PSYFY Ry määrittelee psykofyysisen fysioterapian fysioterapian erikoisalaksi, joka pyrkii edistämään ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä psykofyysisen ihmiskäsityksen avulla. Psykofyysisen ihmiskäsityksen mukaan keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden, jolloin mielen toiminnot vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn ja oman kehon kokemukseen, ja vastaavasti kehon tuntemukset mieleen. Psykofyysisen fysioterapian tarkoitus on antaa asiakkaalle mahdollisuuksia selviytymiseen ja sopeutumiseen, sekä mahdollistaa oman kehon tunnistamisen ja kokemisen ja sitä kautta hyväksymisen. (PSYFY)

Fysioterapiassa käytettyjen keinojen vaikuttavuutta on tutkittu paljon. Fysioterapian keinoja ovat liikunnalliset harjoitteet, kuten aerobinen tai voimaharjoittelu, progressiivinen rentoutusharjoittelu ja basic body awareness therapy (BBAT), eli kehontietoisuusterapia. Vancampfortin ym. (2011) laajassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa fysioterapian vaikutuksesta skitsofreniaan osana monimuotoista hoitoa, todetaan fysioterapiasta olevan tutkittua hyötyä skitsofrenian oireiden lievittämisessä ja kuntoutujan elämänlaadun parantamisessa. Tutkimuksissa liikunnallisella harjoittelulla ei ollut vaikutusta varsinaisesti kuntoutujan aerobiseen kuntoon tai fyysiseen

suorituskykyyn, mutta säännöllinen liikunta oli vähentänyt ahdistus- ja pelkotiloja, parantanut lähimuistia ja lisännyt kuntotujan subjektiivista hyvinolon kokemusta. (Vancampfort ym. 2011, 15, 18)

Kirjallisuuskatsauksessa myös progressiivisen rentoutusharjoittelun todettiin vähentävän psyykkisen ahdistuksen määrää ja edistävän hyvinvointia skitsofreniapotilailla. Basic body awareness – terapian vaikutuksesta ei löytynyt tarpeeksi suoraa näyttöä, tai sitä oli käytetty vain osana muuta terapiaa. Hedlund & Lundvik-Gyllensten (2010) olivat kuitenkin tutkimuksessaan löytäneet terapian hyötyjä skitsofreniapotilaita haastatellessaan. Basic body awareness – terapialla oli ollut sekä lyhytaikaisia, että pitkäaikaisia hyötyjä, kuten mielialan parantumista, rentoutumista, mielenkiinnon lisääntymistä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen parantumista. Potilaat kokivat muun muassa suhteensa omaan kehoonsa parempana ja tunsivat itsensä aktiivisemmiksi. Tutkimus oli kuitenkin pieni ja tehty haastattelemalla skitsofreniapotilaita terapian hyödyistä. Myöhemmin 2013 Hedlund ja Ludvik-Gyllensten ovat tutkineet body awareness – terapiaa sitä käyttävien fysioterapeuttien näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan fysioterapeutit itse kokevat terapian erittäin mielekkäänä ja hyvänä yhteytenä potilaaseen ja hyödylliseksi ajatellen kuntoutujan kokemusta itsestään ja kehostaan. (Hedlund & Lundvik-Gyllensten 2010, Hedlund & Ludvik-Gyllensten, 2013)

Yleisesti ottaen voidaan sanoa fysioterapiasta olevan hyötyä psyykkisten sairauksien oireiden lievittämisessä. Fysioterapian on todettu lievittävän skitsofrenian, masennuksen ja ahdistuksen oireita. Fysioterapia vähentää psyykkistä ahdistusta, pelkotiloja ja stressiä, lisäten näin potilaiden hyvinolon kokemusta. (Vancampfort ym. 2011, Nupponen 2010, 150)



## 6 MIELENTERVEYS JA FYYSINEN AKTIIVISUUS

Psyykkiset sairaudet vaikuttavat yksilön liikkumiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen. Liikunta ja muut harrastukset vähentyvät usein depression, pelko- ja ahdistustilojen, aloitekyvyn puutteen ja itseluottamuksen alenemisen takia. Yksilö saattaa vetäytyä sosiaalisista suhteista ja harrastaminen vähenee. Liikkumisen vähentyessä yksilön kunto huononee ja liikkuminen koetaan entistä rasittavampana. (Huhtinen & Luotoniemi, 1993, 194)

Tutkimuksista saadun näytön perusteella psyykkisiin sairauksiin liittyvää ahdistuneisuutta ja masennusoireita voidaan lievittää säännöllisellä liikunnalla. Nupponen (2005, 150) kertoo UKK-Instituutin ja Duodecimin julkaisemassa Terveysliikunta-oppassa, että tutkimuksissa saatu näyttö kertoo liikuntaharjoittelun lievittäneen masennus- ja ahdistuneisuusoireita jopa lääkehoitoa vastaavasti. Tarkkaa tutkimustietoa ei kuitenkaan ole, että millaista liikuntaa tulisi harrastaa, vaan fyysinen aktiivisuus ylipäättään ja kuntoutujan toimintakyvyn ja mieltymysten mukainen liikunta on suositeltavaa. (Nupponen 2005, 150-154)

### 6.1 Liikunnan suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen

Mielenterveyden ongelmien hoidossa liikunnalla on samoja tavoitteita kuin liikunnalla ylipäättään: toiminnallisia, tiedollisia, emotionaalisia ja sosiaalisia tavoitteita. Jotta liikunta tukisi asiakkaan kuntoutumista, tulee tavoitteiden olla realistisia ja tarkoituksenmukaisia. Tavoitteita asettaessa tulee ottaa huomioon missä vaiheessa kuntoutujan sairastumisprosessi on. Sosiaalisen toimintakyvyn säilyttäminen saattaa sairauden alkuvaiheessa olla tärkeämpää, kun taas tilanteen vakiintuessa tavoitteet voivat olla syvällisempiä. Jos mahdollista, tulisi tavoitteista keskustella yhdessä kuntoutujan kanssa, vaikka osa tavoitteista saattaakin olla hänelle tiedostamattomia. Liikunnan erityistavoitteita voi esimerkiksi olla kuntoutujan tunteiden tunnistamisen ja hallinnan vahvistaminen tai psyykkisen ja sosiaalisen persoonallisuuden vahvistaminen, esimerkiksi minän ja itsetunnon vahvistaminen ja itseilmaisun kehittäminen. Liikunnalla voidaan myös pyrkiä vähentämään erilaisia oireita, kuten laukaisemaan tuskaisuus- ja jännitystiloja tai

lievittämään masentuneisuutta. Liikunnalla ja aktiivisuuden lisäämisellä voidaan vaikuttaa kuntoutujan keskittymiskyvyn kehittymiseen, itsehallintaan, oma-aloitteisuuteen ja löytää keinoja rentoutumiseen. Ryhmäliikunnassa ryhmällä voi olla jäsenten yksilöllisten tavoitteiden lisäksi yhteisiä tavoitteita, kuten sosiaalisuus. (Huhtinen & Luotoniemi, 1993, 194. Ojanen, 2002, 121, 123-125)

Toimintaa suunnitellessa tulee ottaa huomioon tarkoin kuntoutujan toimintakyky, taustatiedot, psyykkisten häiriöiden taso ja lääkityksen vaikutukset. Kuntoutujalta voi haastatella hänen suhtautumisensa liikuntaan, aikaisemmat harrastukset ja liikunnalliset kokemukset. Hänen kanssaan tulee myös keskustella liikuntamotiiveista ja mitä hän itse toivoo toiminnalta. Ojasen (2002, 121) mukaan vaikka aloite liikkumiseen tulee alussa usein ulkoiselta taholta, kuten ohjaajalta, tulisi liikunnan kuitenkin olla omaehtoista. Omaehtoinen liikunta palvelee henkilökohtaisia tavoitteita ja edistää kokemusta oman elämän hallinnasta. Toimintaa suunnitellessa tulee tarkastella myös kuntoutujan koko hoito- ja kuntoutusprosessia, eli kuntoutussuunnitelmassa sovittuja tavoitteita. Liikuntaryhmien suunnittelussa tulee muodostaa ryhmä liikuntataidoiltaan ja –mieltymyksiltään melko samantasoisista kuntoutujista. Ryhmädynamiikkaan tulee kiinnittää huomiota jotta sosiaaliset tavoitteet täyttyvät, sillä esimerkiksi diagnoosin mukaan jaottelu saattaa aiheuttaa liian yksipuolisia käyttäytymismalleja. (Huhtinen & Luotoniemi, 1993, 196-199)

Psyykkistä hyvinvointia tavoitellessa liikunnassa tulee korostaa sosiaalista vuorovaikutusta. Kuntoutujien oma-aloitteisuutta tulee tukea harjoittelun eri vaiheissa ja mahdollisuuksien mukaan antaa heille tilaisuuksia vaikuttaa toimintaan ja ryhmän sisällön suunnitteluun. Ryhmässä yhteisen liikuntatuokion tai –suorituksen jälkeinen niin sanottu ”jälkipeli” saattaa lisätä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Leikkimielinen kilpailu saattaa motivoida kuntoutujia, mutta liiallista kilpailuhenkisyyttä tai virheiden huomioimista tulee välttää. Huhtisen & Luotoniemen (1993, 198) fyysisen kunnon testaus voi toimia motivaatiokeinona ja tutkimuksellisenä arvona, mutta testaus ja tuloksellisuus ei saa olla harjoittelun päätarkoituksena. Ojasen (2002, 121) mielestä kuntotesteillä voidaan vahvistaa liikuntaan sitoutumista saattavat konkretisoida kuntoutujalle liikunnan hyötyä. Taitojen ja tulosten osoittaminen voi olla motivaation lähde,

mutta kuntotestit tulee kuitenkin valita huolellisesti niin, ettei kuntoutuja koe epäonnistumisen tunteita. (Huhtinen & Luotoniemi, 1993, 198-199. Ojanen 2002, 121)

## 6.2 Terveysliikunta ja kestävyyskunnan kehittäminen

Psykkisistä sairauksista kärsiviä koskee periaatteessa samat terveysliikuntasuositukset kuin terveitä henkilöitä. Fyysisen aktiivisuuden määrää määrittelee kuitenkin kuntoutujan toimintakyky ja sen mahdolliset rajoitteet. UKK-Instituutin laatimat terveysliikuntasuositukset perustuvat tutkimusnäyttöön ja kerättyyn tietoon liikunnan vaikutuksista terveyteen. Terveysliikunnaksi määritellään päivittäinen kohtalaisesti kuormittava perusliikunta, eli niinsanottu arkiliikunta, ja kuormittava kuntoliikunta. Terveysliikunnan tavoite on edistää toimintakykyä ja terveyttä sekä parantaa mielialaa. (Fogelholm & Oja 2005, 72-25)

Terveysliikuntaneuvoksi suunniteltu UKK-Instituutin liikuntapiirakka kuvaa hyvin viikoittaisen liikunnan tarvetta, ja siinä on otettu huomioon päivittäisen liikunnan suositukset. Liikuntamuoto ja kuormittavuus tulee valita oman peruskunnan ja tavoitteen mukaan. Kestävyyskuntoa kehittämällä hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminta paranee ja esimerkiksi painonhallinta helpottuu. Huonokuntoisen tai liikuntaa aloittelevan tulisi liikkua reippaasti ainakin kaksi ja puoli tuntia viikossa esimerkiksi kävellen, pyöräillen tai pihatöitä tehden. Parempikuntoinen voi lisätä tai korvata liikuntaa rasittavimmilla liikuntamuodoilla. Liikunnan määrä voidaan jakaa useammalle päivälle, ja suositus onkin suorittaa arkiliikuntaa noin puoli tuntia päivässä 5-7 päivänä viikossa. Ohessa malli UKK-Instituutin (2009) liikuntapiirakasta. (UKK-Instituutti 2009., Nupponen 2005, 79)



**Kuvio 2. Liikuntapiirakka. (UKK-Instituutti, 2009)**

Kestävyyskuntoharjoittelulla tarkoitetaan usein aerobista kestävyyskuntoa, eli yleistä jaksamista ja vireystason ylläpitoa. Tämä näkyy elimistön kyvyssä kuljettaa happea lihaksille ja lihasten kykyä hyödyntää happea väsymättä. Kestävyyskuntoa voidaan mitata maksimaalisella hapenottokyvyllä (VO<sub>2</sub>max). Se kertoo suurimmasta hapen kulutuksesta maksimaalisessa rasituksessa. Jotta hapenottokyky kehittyy, tulee kestävyysharjoittelun olla hieman hikoiluttavaa ja hengästyttävää. Kestävyyskuntoa on tehokasta kehittää lajeilla, joissa voi säädellä itse toiminnan kuormitusta. Tällaisia lajeja ovat esimerkiksi kävely, hölkkä, hiihto, pyöräily, porraskävely, pallopelit, tanssi, jummat ja erilaiset hyötyliikunnat kuten pihatyöt. (Keränen 2014, 68-69, 70-73)

### 6.3 Lihasvoimaharjoittelu

Kestävyysliikunnan lisäksi suositellaan lihasvoiman harjoittamista. Voimaharjoittelun tavoitteena on lisätä lihasten voimantuotto-ominaisuuksia. Voimaharjoittelun osa-alueet ovat maksimivoima, kestävyysvoima ja nopeusvoima. Lihasten käyttö on tärkeää, sillä käyttämätön lihas ja lihakseen

kulkevat hermot surkastuvat. Etenkin ikääntyessä lihasvoimaharjoittelu on tärkeää, sillä 50 ikävuoden jälkeen käyttämätön lihasmassa vähenee noin prosentin vuodessa. Voimaharjoittelu on myös painonhallinnallisesti tärkeää, sillä elimistö käyttää lihasmassan ylläpitoon huomattavasti enemmän (13kcal) hiilihydraateista saatua glukoosia, kuin rasvakilojen ylläpitoon (4,5kcal). Lihasvoimaharjoittelu kehittää myös tasapainoa ja asennonhallintaa ehkäisten muun muassa kaatumisia nopeuttamalla reaktioaikaa. (Keränen 2014, 84-85)

Lihasvoimaharjoittelun periaate on, että lihas väsyä kun tekemiseen tarvitaan tavallista enemmän voimaa. Lihasvoima lisääntyy kun lihassolut kasvavat. Harjoittelussa tulisi käyttää vastusta, kuten esimerkiksi käsipainoja tai vastuskuminauhaa, joka on 60-90 prosenttia maksimivoimasta. Maksimivoima on vastuksen määrä, jolla jaksaa tehdä yhden toiston. UKK-Instituutin (2009) mukaan suuria lihasryhmiä harjoittavia liikkeitä tulisi tehdä kerralla 8-10 ja toistoja 8-12 liikettä kohden. Keräsen (2014, 89) mukaan lihasvoiman ja lihasmassan lisäämiseksi toistoja tulee olla 6-12 ja 2-4 sarjaa liikettä kohti vastuksen määrästä riippuen. Lihaskestävyyttä harjoitettaessa toistomäärät ovat suurempia ja vastus kevyempi. Keränen (2014, 89) suosittelee 12-50 toistoa ja 1-3 sarjaa. Tavoite on, että sarjan viimeisten toistojen kohdalla lihaksessa tuntuisi väsymystä. Nopeusvoimaa ja reaktiokykyä kehitettäessä toistot (6-30) tehdään nopeasti ja kevyehkällä vastuksella. Lihasvoimaa harjoittaessa voi käyttää vastuksena myös oman kehon painoa esimerkiksi erilaisissa lihaskuntoliikkeissä. (Keränen 2014, 87-90)

#### 6.4 Liikkuvuusharjoittelu ja venyttely

Liikkuvuus on nivelen liikelaajuutta ja olennaista tuki- ja liikuntaelimistön normaalille toiminnalle. Koska sidekudokset ovat elastisia, vaikka yksilö olisikin niin sanotusti synnynnäisesti ”jäykkä”, voidaan liikkuvuutta parantaa harjoittelemalla. Ylinen (2010) suosittelee lyhyitä, pumppaavia venytyksiä harjoitettavan lämmittelynä ennen laajaa liikerataa vaativaa harjoittelua, tai raskaan kuormituksen jälkeen lihasjännityksen vähentämiseksi. Liikkuvuuden lisäämisellä ja venyttelyllä pystytään lisäämään lihasten venyvyyttä ja

aineenvaihdunnan toimintaa, rentouttamaan jännittyneitä lihaksia ja näin lisäämään nivelten liikelaajuuksia. (Keränen 2014, 45. Ylinen 2010, 7)

Venytystyyppejä on erilaisia. Aktiivisella venytyksellä pyritään jo käytössä olevan liikeradan ylläpitämiseen ja se tapahtuu yksilön normaalilla aktiivisella liikeradalla lihassupistuksen voimalla. Staattisessa, eli passiivisessa, venytyksessä venyttävä voima tulee ulkoapäin. Venytyksen voi saada aikaan esimerkiksi apuväline, toinen henkilö, apuväline tai venytettävän muut raajat. Staattisella venytyksellä pyritään tehokkaimmin yleiseen liikkuvuuden lisäämiseen ja Ylinen (2010) venytyksen pituudeksi 30-60 sekuntia ja 3-5 toistoa iästä riippuen. Muita venytystekniikoita ovat heilahdukseen ja nopeuteen perustuva ballistinen venytys, dynaaminen venytys ja jännitys-rentous-venytys tekniikka. (Ylinen 2010, 74, 81, 84-84, 87-88)

Liikkuvuutta tulisi harjoittaa arjessa päivittäin nivelten liikeratoja läpikäymällä, nopeilla verryttelyillä ja heilautuksilla. Pidempää venyttelyä liikelaajuuksien kasvattamiseksi tulisi suorittaa 2-3 kertaa viikossa. Venyttely ei saa sattua, mutta saa tuntua. Revähdysten välttämiseksi venytykset tulee suorittaa rauhallisesti liikettä vähitellen lisäten. (Keränen 2014, 49-51)

## 6.5 Tasapainoharjoittelu

Tasapainoharjoittelu on hyvä osa erilaisia liikuntaryhmiä. Tasapainoon vaikuttaa moni tekijä, kuten sisäkorvan tasapainoelimet, näköaisti, lihas-hermojärjestelmän toiminta, tuntoaisti ja aivojen toiminta niiden kanssa. Lihakset ja nivelten aistitunto vaikuttavat jatkuvasti yksilön tasapainoon ja asennonhallintaan. Tämän takia lihasvoimaharjoittelu onkin tärkeää tasapainoa kehitettäessä. Näköaisti auttaa tasapainon hallinnassa ja sen avulla voi helpottaa (katse kiinnitettynä) tai vaikeuttaa (silmät kiinni) tasapainoharjoittelua. Ongelmat tasapainossa liittyvät usein sairauden tai ikääntymisen aiheuttamaan aistien heikentymiseen, lihas-hermojärjestelmän yhteyksien heikentymiseen tai aivojen välittäjäaineiden vähentymiseen. (Keränen 2014, 60-62)

## 6.6 Rentoutus

Rentoutuminen ja rentoutumaan oppiminen on mielenterveyskuntoutujalle tärkeää, sillä sen tuoma fyysinen ja psyykkinen vapautuminen tuo aina mielihyvän tunteita. Rentoutumista harjoittelemalla voi lievittää itsenäisesti jännitysoireita ja stressiä, sekä kehittää mielen ja kehon tasapainoa. Rentoutumisreaktiossa elimistö rauhoittuu, jolloin syke, verenpaine ja hengitystiheys laskevat ja ääreisverenkierto parantuu. Rentoutuminen aiheuttaa parasympaattisen hermoston aktivoitumisen, jolloin esimerkiksi serotoniinin, eli ”hyvän mielen”-hormonin määrä lisääntyy aivoissa. Rentoutuminen lievittää stressi- ja ahdistusoireita ja saattaa lievittää myös kipu- ja särkytiloja. (Herrala ym. 2008, 170-174, Leppänen ym. 1999, 7-10)

Rentoutumismenetelmiä on monenlaisia ja rentoutusharjoittelu on olennainen osa liikuntaa. Toiset rentoutuvat levossa yksin omassa tilassaan ilman häiriötekijöitä ja toiset tarvitsevat urheilusuorituksen rentoutuakseen. Rentoutusharjoituksista on koottu monipuolisesti erilaisia nauhoitteita ja tekstejä. Rentoushetki ryhmässä voi olla hämärässä huoneessa rauhoittavan musiikin tai ohjaajan puhuvan rentoutustekstin kuuntelu. Esimerkki rentousharjoituksesta on jännitys-rentous-menetelmä. Siinä jännitetään ja rentoutetaan vuorotellen eri kehon osia. Jännitys-rentous-harjoitus on psyykkisistä sairauksista kuntoutuvalle erittäin hyödykäs, sillä sitä voi käyttää apuna oman kehon hahmottamiseen. Jotta kehonkuva vahvistuisi, kannattaa samaa lihasryhmää jännittää muutaman kerran. Harjoituksessa voidaan käydä läpi koko keho, tai vaan osa siitä, kuten ylä- tai alaraajat. (Herrala ym. 2008, 169-172)

## 7 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Sosiaali- ja terveysalan tuotteella voidaan tarkoittaa materiaalista tuotetta, palvelua tai näiden yhdistelmää. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on kehittää oman alan tuote tai palvelu, jota tilaaja voi hyödyntää. Tuotteen tulee olla sosiaali- ja terveysalan eettisten ohjeiden mukainen ja edesauttaa alan kansainvälisiä ja kansallisia tavoitteita. Jämsän ja Mannisen (2000, 14) mukaan tuotteen yksi keskeisistä ominaisuuksista tulisi olla terveyden, hyvinvoinnin ja/tai elämänhallinnan edistäminen. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa opas Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnalle asukkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi toimintakyvyn tukemiseksi.

Tuotteistamisen päähenkilönä tulisi aina olla asiakas, jota varten tuote kehitetään. Laadukkaan tuotteen kehittämisessä on otettu huomioon eri asiakassektorit, sillä heidän tarpeensa voivat olla erilaisia. (Jämsä & Manninen 2000, 16-21) Tuotteen kehitys etenee Jämsän ja Mannisen mukaan viidessä eri kehitysvaiheessa. Nämä vaiheet ovat ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen, ideointivaihe, luonnosteluvaihe, kehittelyvaihe ja viimeistelyvaihe. Koko tuotteistamisprosessin aikana on tärkeää tehdä yhteistyötä erilaisten toimijoiden, kuten asiakkaan, asiantuntijoiden ja muiden sidosryhmien kanssa. (Jämsä & Manninen 2000, 28-29)

### 7.1 Ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotteistamisprosessi lähtee käyntiin jonkin ongelman tai kehittämistarpeen tunnistamisesta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan luoda kokonaan uuteen ongelmaan vastaava tuote tai parantaa vanhaksi käynnyttä, tarkoitustaan palveleamatonta tuotetta. Tuotteen kehittämisessä on tärkeää ottaa huomioon jo kerätty tieto kehittämistarpeista ja selvittää ongelman laajuus. Ongelmaa tulee selvittää kaikkien osapuolten kannalta, sillä esimerkiksi asiakkaalla ja palveluntarjoajalla voi olla eri käsitys kehittämistarpeesta. (Jämsä & Manninen 2000, 29-31) Opinnäytetyön ajatuksesta keskusteltiin säätiön toteutettaman projektin aloituksen yhteydessä keväällä 2014 yhteyshenkilön fysioterapeutti Tarja Mustosen kanssa. Ajatus oppaasta kehittyi, kun haluttiin, että projektista



jäisi Kannuskadun palvelukeskukselle jotain konkreettista. Tarkoitus oli, että projektin vaikutukset jatkuisivat sen päättymisen jälkeenkin ja opas jäisi henkilökunnalle työkaluksi asukkaiden ohjaukseen.

## 7.2 Ideointivaihe

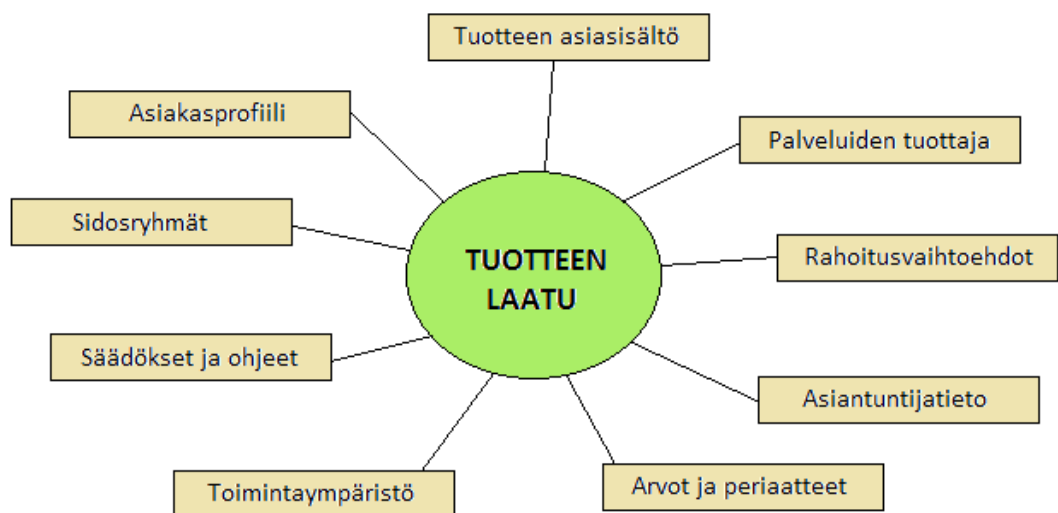
Ideointivaihe lähtee käyntiin, kun kehittämistarve tai ongelma on täsmentynyt ja lähdetään etsimään siihen ratkaisua. Ratkaisun tulee olla asiakaskohtainen ja vastata ajankohtaisesti kehittämistarpeeseen. Ratkaisuvaihtoehtoja tulee ideoidessa pohtia sekä itse, että mahdollisesti ulkopuolisia arvioijia käyttäen. Erilaiset arvioijat auttavat tarkastelemaan ratkaisuvaihtoehtoja mahdollisimman monelta näkökulmalta, minkä avulla ratkaisusta saadaan mahdollisimman tarvetta vastaava. Etenkin tuotteen tilaajan kanssa tehty yhteistyö on tärkeää. (Jämsä & Manninen 2000, 35,38)

Opinnäytetyön tilaaja on Päijät-Hämeen Sosiaalipsykiatrisen säätiön Terveys- ja liikuntapalvelut-tiimi. Ideointivaiheessa on tehty yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa koskien tuotteen muotoa ja sisältöä. Projektin aikana minua on perehdytetty Kannuskadun toiminnasta, tavoitteista ja asukkaista. Yhteistyötä tehtiin myös Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnan ja asukkaiden kanssa. Elokuussa 2014 ideointivaihe lähti käyntiin konkreettisesti, kun järjestin palvelukeskuksen asukkaille ja henkilökunnalle kolme learning café –tyyppistä keskustelutuokiota. Tässä vaiheessa projekti oli toiminut jo puolen vuoden ajan. Keskusteluihin osallistui 2-4 ohjaajaa ja 4-8 asukasta. Tilaisuuksissa pohdimme millaiset aktiviteetit asukkaita kiinnostaa, kenen kanssa niitä voisi harrastaa ja millaisia harrastusmahdollisuuksia palvelukeskuksella jo on. Tärkein keskustelunaihe oli aktiivisuuden hyödyt. Keskustelutuokioiden tulokset yllättivät positiivisesti, sillä asukkaiden ja ohjaajien välillä oli hyvää vuoropuhelua. Yleinen mielipide oli, että projektista ja lisääntyneestä aktiivisuudesta on ollut sekä sosiaalista, psyykkistä että fyysistä hyötyä. Oppaan sisältötoiveista keskustelimme henkilökunnan kanssa tilaisuuksien lopuksi.

### 7.3 Luonnosteluvaihe

Kun ideointivaiheen ratkaisuista on valittu sopivin, käynnistyy luonnosteluvaihe. Luonnosteluvaiheessa idean kehittelyssä tulee ottaa huomioon tuotekehitystä ohjaavat erilaiset tekijät ja näkökulmat. Alla olevassa kuviossa on kuvattu eri osaluokkia, joita analysoimalla varmistetaan tuotteen laatu. Eri näkökulmat huomioon ottamalla ja yhteen sovittamalla saadaan laadukas tuote, joka palvelee eri osapuolten tarpeita mahdollisimman hyvin. (Jämsä & Manninen 2000, 43)

Luonnosteluvaiheessa tulee tutustua aiheesta jo olemassa olevaan tutkimustietoon, kuten erilaisiin lääketieteellisiin tutkimuksiin ja erilaisiin hoitokäytäntöihin. Tuotetta kehitellessä tulee ottaa huomioon tuotteen ensisijaiset käyttäjät ja hyödynsaajat, sekä heidän kykynsä, tarpeensa ja muut ominaisuutensa. Koska asiakas saattaa hyötyä tuotteesta vain välillisesti palveluntarjoajan kautta, on selvitettävä molempien osapuolten tarpeet. Kun sekä asiakaskunnan, että palveluntarjoajan näkemykset on otettu huomioon, varmistuu tuotteen tarkoituksenmukaisuus. (Jämsä & Manninen 2000, 44-45)



**Kuvio 3. Tuotteen luonnostelua ohjaavat näkökulmat.**

Luonnosteluvaiheessa syksyn aikana analysoin learning café –keskusteluiden tuloksia ja hahmottelin sekä kirjallisen työn, että oppaan sisältörunkoa yhteistyössä ohjaavan opettajan ja tilaajan kanssa. Talven aikana tein tiedonhakua ja perehdyin lähdekirjallisuuteen. Lähteitä olen hakenut kirjaston tietokannoista, pääosin kirjallisina mutta myös virtuaalisina. Luin myös aiheesta aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, joiden lähdeluetteloista sain lähdevinkkejä.

#### 7.4 Kehittelyvaihe

Kehittelyvaiheessa suunnitellaan tuotteen sisältöä ja muotoa. Sosiaali- ja terveysalan tuotteen tarkoitus on antaa tietoa tai ohjeita kohderyhmälleen. Tällöin tärkeää on sisällön ilmaisu ymmärrettävästi kohderyhmä huomioon ottaen. Tuote voi olla kohdistettu tiedon lähteeksi asiakkaalle, alan ammattilaisille tai erilaisille yhteistyötahoille. Tällöin esimerkiksi oppaan muotoon kirjoitetun tuotteen kehittämisessä on otettava huomioon asiasisältö ja painoasu. (Jämsä & Manninen 2000, 54, 56-57) Kevään 2015 aikana muotoutui oppaan lopullinen muoto ja sisältö ja siitä keskusteltiin aktiivisesti sekä tilaajan että ohjaavan opettajan kanssa. Tekstin muotoa piti hioa asiatyylisemmäksi ja tiiviimmäksi. Kehittelyvaiheessa oppaan raakaversio oli luettavana Kannuskadun palvelukeskuksessa.

Riippuen siitä, kenelle tuotteen informaatio on suunnattu, tulee opas kirjoittaa kohderyhmälle sopivaan kieliasuun. Esimerkiksi asiakas ei välttämättä tunne alan ammattisanastoa, jolloin opas ei palvele tarkoitustaan. Sosiaali- ja terveysalan oppaat kirjoitetaan asiatyylillä, ja sen tulee aueta lukijalle ensilukemalla. Painoasun valinnassa on tähdättävä oppaan helppolukuisuuteen ja selkeyteen, mikä vaikuttaa suoraan oppaan kiinnostavuuteen. Hyvällä jäsentelyllä, kuvituksella ja väreillä voidaan tehostaa tekstiä. (Jämsä & Manninen 2000, 57-58)

#### 7.5 Viimeistelyvaihe

Palaute ja arviointi on tärkeää tuotteistamisprosessin jokaisessa vaiheessa. Viimeistelyvaiheessa, kun tuote on saatu muotoonsa, on tärkeää testata sitä kohderyhmällä ja lopullisilla käyttäjillä. Jos tuote on kehitys aikaisemmasta

tuotteesta, olisi hyvä verrata niitä käytännössä. Koekäytössä ja vertailussa kerätään palautetta tuotteen puutteista. Palautteen avulla tuote viimeistellään yksityiskohtia myöten tarkoitustaan palvelevaksi. Viimeistelyvaiheessa suunnitellaan myös tuotteen markkinointi ja jakelu. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81)

Viimeistelyvaiheessa oppaaseen tehtiin Kannuskadun henkilökunnalta, tilaajalta ja ohjaavalta opettajalta saadun palautteen perusteella hienosäätöjä ja ulkoasu muotoutui selkeämmäksi. Tekstin tyyliä ja ulkoasua on tarkasteltu moneen kertaan kirjoitusvirheiden ja puhekielen ilmaisujen varalta. Oppaan kieliasu on vapaampi, ja se on pyritty kirjoittamaan ilman vaikeaa ammattisanastoa.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas mielenterveyskuntoutujien aktivoinnista ja toimintakyvyn tukemisesta Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnalle. Oppaan on tarkoitus olla henkilökunnan apuna asukkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ja liikuntaryhmien ohjaamisessa, sekä perehdytysmateriaalina uusille työntekijöille. Tuotteistamisen lisäksi pohdinnassa arvioidaan vastaako opinnäytetyö kysymyksiin, jotka esitettiin kappaleessa 2.

*Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.*

Oppaasta tuli alkuperäistä suunnitelmaa vastaava ja se sopii työkaluksi Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunnalle. Oppaan oli tarkoitus ohjeistaa henkilökuntaa liikunnallisen ryhmän ohjauksessa, tavoitteiden asettamisessa ja toiminnan soveltamisessa. Opas kertoo liikunnan vaikutuksesta psyykkisestä sairaudesta kärsivän henkilön kuntoutuksessa ja millaista liikuntaa tulisi harrastaa. Opas on pyritty pitämään tiiviinä ja helppolukuisena, joten osa teoriasta on sisällytetty vain opinnäytetyöraportissa. Tilaa on ollut oppaaseen tyytyväinen, ja opas vastaa annettuihin kysymyksiin, joten tavoite on saavutettu.

Opinnäytetyö on tehty Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen mukaisesti ja lähdemerkinnät on tehty ohjeiden mukaan. Opinnäytetyötä tehdessä on kunnioitettu hyvää tutkimusetiikkaa, eikä siinä ole käsitelty asiakastietoja eikä salassapidettävää tietoa. Learning café:sta kerätyt materiaalit ovat olleet nimettömiä ja ryhmäkeskustelun tuloksia. Lähdekirjallisuutena on käytetty pääasiassa ammattilaisten kirjoittamaa peruskirjallisuutta suomeksi. Lähteitä on käytetty maltillinen määrä ja työn luotettavuutta olisi voinut lisätä laajempi lähdevalikoima. Ulkomaisten lähteiden ja tutkimusten laajempi käyttö olisi voinut lisätä näkökulmia opinnäytetyöraportissa. Käytetyistä kirjoista saatavilla oli pääasiassa vanhempia painoksia. Palautetta oppaasta olisi ehkä kannattanut kerätä vielä enemmän, jotta siitä olisi saatu mahdollisimman tarkoitustaan palveleva.

Työn tekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli perehtyä mielenterveyden ja psyykkisten sairauksien vaikutukseen toimintakykyyn ja vahvistaa ammatillista osaamista mielenterveyskuntoutujien ohjaamisessa. Ohjauskokemusta kertyi projektin aikana runsaasti ja ymmärrys psyykkisten sairauksien vaikutuksesta

toimintakykyyn lisääntyi. Aikataulullisesti työn tekeminen pitkittyi henkilökohtaisten syiden vuoksi. Tarkoituksena oli saada työ valmiiksi jo alkuvuodesta 2015. Yksin työskentely hankaloitti työn tekemistä, sillä ajatustenvaihtoa niin sanotun kollegan kanssa ei paljoa ollut. Yhteistyö tilaajan kanssa toimi kuitenkin erittäin hyvin ja tilaaja on ollut taholtaan joustava. Sekä tilaajaa että ohjaavaa opettajaa on päivitetty sovituin väliajoin työn etenemisestä.

Opinnäytetyö oppaineen on luettavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöiden julkaisuarkistosta, Theseuksesta.

## LÄHTEET

Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tammi. Vantaa.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Honkonen, T., Isohanni, M., Lönnqvist, J., Vartiainen, H. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Honkonen, T & Lönnqvist, J. 2007. Muut psykoosit. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Isometsä, E. 2007. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Heinälä, P., Kuoppasalmi, K., Lönnqvist, J. 2007. Pääteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Koponen, H & Sulkava, R. 2007. Elimelliset aivo-oireyhtymät. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä. 5. painos.

Stakes. 2011. ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Bookwell Oy. Jyväskylä. 4. painos.

Huhtinen, K. & Luotoniemi, M. 1993. Mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: Mälkiä, E. (toim.) 1993. Erityisliikunta 1 – Soveltavan liikunnan perusteet.

Liikuntatieteellinen Seura ry. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 2. painos.

Ojanen, M. 2002. Psykkiset häiriöt ja mielenterveys. Teoksessa: Mälkiä, E. & Rintala, P. (toim.). 2002. Uusi erityisliikunta: liikunnan sovellukset erityisryhmille. Liikuntatieteellinen Seura ry. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Nupponen, R. 2005. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa: Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) 2005. Terveysliikunta. Duodecim. UKK-instituutti. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

UKK-Instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. UKK-Instituutti. [Viitattu 27.4.2015]

Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Keränen, K. 2014. Kunnon vuodet. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Ylinen, J. 2010. Venytystekniikat. Medirehabook kustannus Oy. New Print Oy. Muurame.

Herrala, H., Kahrola, T., Sandstrom, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Leppänen, T., Aho, S., Harju, R., Gockel, M. 1999. Rentoutuminen – avoin ovi jaksamiseen. Orton Invalidisäätiö. Työturvallisuuskeskus. Helsinki.

Mettälä, J. 2014. Palvelukeskuksen johtaja. Kannuskadun palvelukeskus. Haastattelu 16.6.2014.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys, PSYFY. Psykofyysinen fysioterapia. [Viitattu 7.5.2015] Saatavissa: <http://www.psyfy.net/>

Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L., Catalan-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gomez-Conesa, A., Ijntema, R., De Hert, M. 2011. Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy within a Multidisciplinary Care Approach for people with Schizophrenia. Physical Therapy, Journal of the



American Physical Therapy Association. [Viitattu 7.5.2015] Saatavissa:

<http://ptjournal.apta.org/content/92/1/11.full.pdf+html>

Hedlund, L. Lundvik-Gyllensten, A. 2010. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement therapies*, 14 (3), 245-254. Elsevier. [Viitattu: 7.5.2015] Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859209000473>

Hedlund, L & Ludvik-Gyllensten, A. 2013. The physiotherapists experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophtreania spectrum disorders. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17 (2), 169-176. Elsevier. [Viitattu 7.5.2015] Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S136085921200229X>